

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Juin 1909, à 1 heure

Par CHARLES CHAVELET

Né à Gray (Haute-Saône), le 2 Février 1882

INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

Des

Tumeurs de la fosse ischio-rectale

Président : M. HARTMANN, Professeur.

Juges : MM. PIERRE MARIE, Professeur.

LOEPER,
LECÈNE,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DÉLAVIGNE, 2

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

296

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Juin 1909, à 1 heure

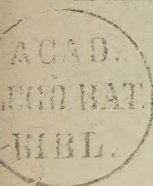
Par CHARLES CHAVELET

Né à Gray (Haute-Saône), le 2 Février 1882

INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

Des

Tumeurs de la fosse ischio-rectale



Président : M. HARTMANN, Professeur.

Juges : MM. PIERRE MARIE, Professeur.

LOEPER,

LECÈNE,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		CH. RICHER.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		BRISAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHAUFFARD
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....		RAYMOND.
		QUENU.
Clinique chirurgicale.....		RECLUS.
		SEGOND.
		DELBET.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements.....		BAR.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

*A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE BESANÇON*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CARNOT.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEBILEAU.

M. LE PROFESSEUR TERRIER (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

M. LE DOCTEUR MONNIER (1907-1908).

M. LE DOCTEUR LE BEC (1908-1909).

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Chirurgien de l'hôpital Bichat

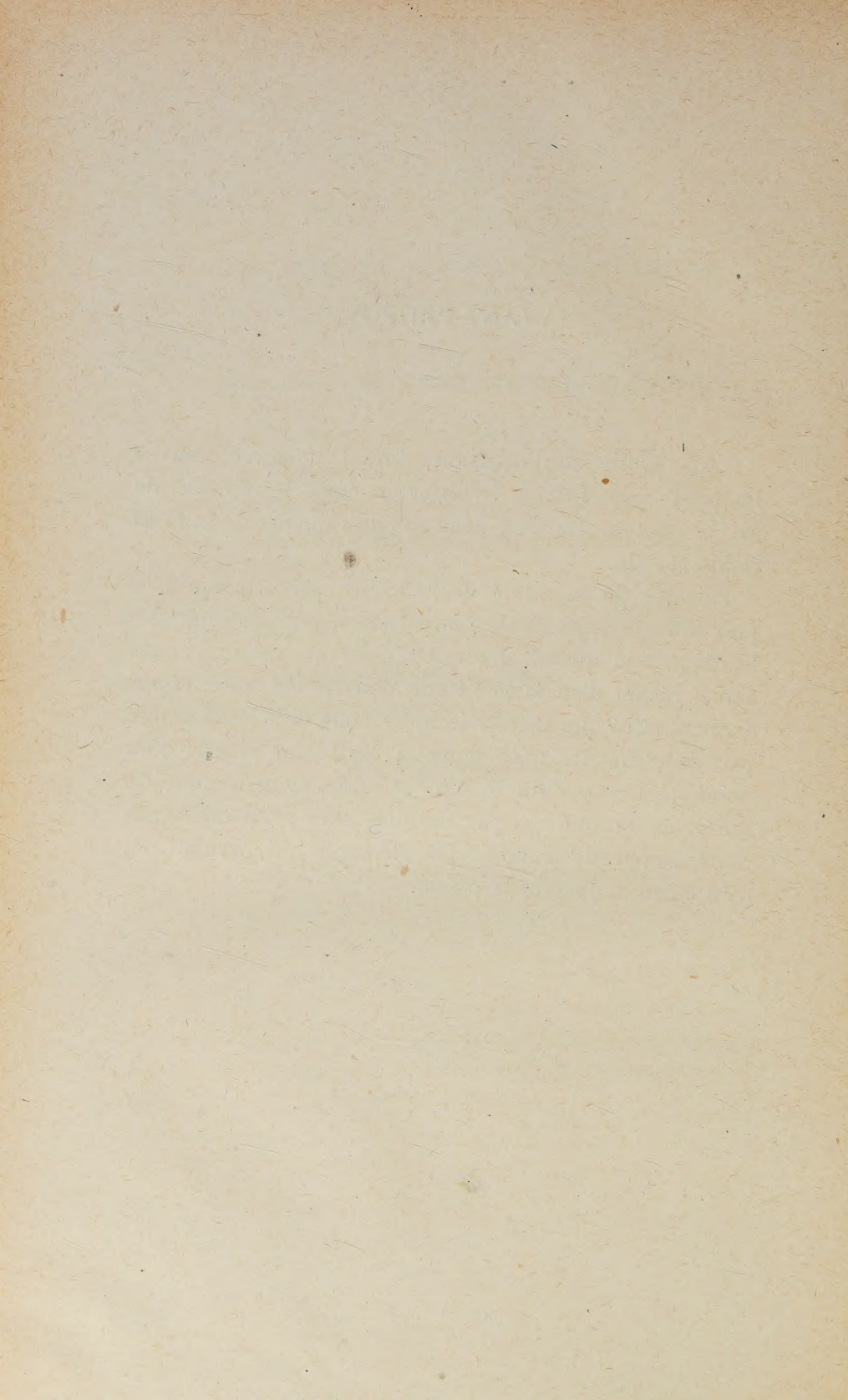
Chévalier de la Légion d'honneur.

*A qui nous adressons nos vifs remerciements
d'avoir bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion, durant notre internat à l'hôpital Saint-Joseph, d'observer dans le service de M. le docteur Le Bec deux cas de tumeurs de la fosse ischio-rectale.

Frappés de la rareté des travaux parus jusqu'à ce jour sur ce sujet et de l'importance que peut prendre le diagnostic quand il s'agit d'une intervention, nous avons résolu d'en faire l'étude dans notre thèse. Après avoir montré que la fosse ischio-rectale peut être envahie par des tumeurs nées dans sa cavité ou venues d'un point quelconque du bassin, et après avoir indiqué les différents symptômes par lesquels elles se manifestent, nous essaierons d'établir les éléments qui permettront d'en faire un diagnostic précis.



ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les tumeurs primitives ou secondaires de la fosse ischio-rectale sont assez rares puisque nous n'avons pu en réunir qu'une douzaine d'observations.

En les parcourant, on remarquera qu'elles se développent principalement chez l'homme (huit cas en effet concernent le sexe masculin) et qu'elles surviennent à tous les âges, sans prédilection marquée pour une période quelconque de l'existence. Toutefois, à ce dernier point de vue, une division s'impose entre les tumeurs congénitales et les tumeurs acquises.

Les premières offrent ce caractère, qu'elles se sont développées chez des sujets jeunes, porteurs d'autres malformations congénitales.

L'enfant, opéré par Verneuil d'un lipome de la fosse ischio-rectale (obs. I), n'avait, en effet, que onze ans, et quatre ou cinq ans auparavant, les parents avaient déjà constaté l'existence de cette tumeur. Il était, en outre, atteint d'un hypospadias balanique.

Quant à la jeune fille, âgée de 19 ans, qui présentait un myxome relié par un pédicule fibreux à la lame fermant l'hiatus sacro-coccygien (obs. VIII). M. le Dr Morestin est très affirmatif sur la question de la congénitalité de cette tumeur.

« En dépit de son siège dans la fesse, et la région ischio-rectale, dit-il, cette production nous paraît

devoir immédiatement rentrer dans le groupe des néoplasmes sacro-coccygiens et malgré son apparition tardive, on ne pourra guère élever d'objections contre l'origine congénitale que l'on était tenté de lui attribuer. »

« Un détail important méritait d'être relevé à cet égard dans les antécédents. La malade avait été, dans la première enfance, traitée pour un double pied *bot*. Les migrations des tumeurs dites sacro-coccygiennes, continue M. le Dr Morestin, sont bien connues, et il faut y penser sans cesse, en présence des néoplasmes faisant saillie dans la région ischio-rectale.

« Le pédicule rattachant ces tumeurs au coccyx est un caractère trop important pour ne pas être immédiatement invoqué à l'appui de l'origine congénitale de ces productions. Dans cette partie de l'organisme, tant remaniée au cours de l'évolution embryologique, il est loisible d'invoquer pour la plupart des tumeurs, une origine congénitale. Cette notion eût été mieux établie si l'on avait pu constater quelque tissu ou fragment d'organe caractéristique, ou une communication avec le canal rachidien. Mais de telles constatations sont-elles indispensables. »

Ces considérations s'adaptent tout aussi bien aux cas de fibro-myxomes opérés par le professeur Tillaux, chez deux hommes, l'un de 45 ans, l'autre de 46 ans (obs. VI et VII), mais chez lesquels ces tumeurs avaient été constatées vingt ans auparavant. Elles étaient, en effet, reliées par un pédicule à la face antérieure du coccyx. Dans la catégorie des tumeurs congénitales, nous rangerons enfin toutes celles, classées sous la rubrique : myxomes ou fibro-myxomes.

« Le myxome, après tout, ressemble bien au tissu cellulaire de l'embryon ; de plus ces myxomes, pour être typiques, ne sont pas purs » (Morestin, Société anat.).

Le myxome, en effet, est constitué par du tissu muqueux, qui lui-même se forme aux dépens du tissu embryonnaire ; les cellules de ce dernier deviennent fusiformes ou étoilées et s'anastomosent, tandis qu'une substance gélatineuse comble leurs interstices. De plus, au sein de cette dernière, se développent peu à peu de petits faisceaux de tissu conjonctif fibreux. Quant aux cellules, elles restent toujours constituées par une masse protoplasmique, au milieu de laquelle il y a un ou plusieurs noyaux. Des cellules arrondies, formées aussi par une masse de protoplasma, se montrent fréquemment à côté des cellules étoilées. N'est-ce pas là la description complète des résultats que nous a fournis l'examen histologique dans notre observation personnelle.

A la catégorie des tumeurs acquises se rattachent celles rencontrées dans nos autres observations II, III, IV, V. Ici, nous ne trouvons aucun indice, ni dans les antécédents héréditaires, ni dans les antécédents personnels, qui puisse renseigner sur leur origine. Ces tumeurs ne s'écartent pas, à ce point de vue, de la pathogénie générale des néoplasmes.

ANATOMIE

Pour aider à bien comprendre les rapports, les connexions des tumeurs que l'on rencontre dans les fosses ischio-rectales et les voies suivies par leurs prolongements, il est utile de rappeler la disposition générale de ces régions.

« Les creux ischio-rectaux ou fosses ischio-rectales sont deux cavités remplies de graisse situées l'une à droite, l'autre à gauche du rectum.

En avant, elles sont assez éloignées l'une de l'autre ; entre elles, en effet, s'interposent le rectum et la prostate. En arrière, au contraire, elles arrivent réciproquement au contact et ne se trouvent séparées en ce point que par le raphé ano-coccygien.

Vue sur une coupe frontale, la fosse ischio-rectale, tant à droite qu'à gauche, revêt la forme d'un triangle à sommet supérieur, à base inférieure. De ce fait, elle présente à étudier :

1) Une paroi externe, rigide, formée par la face interne de l'ischion que recouvre le muscle obturateur interne, tapissé lui-même par son aponévrose. Dans un dédoublement de cette aponévrose se trouvent les vaisseaux honteux internes et le nerf du même nom.

2) Une paroi interne, essentiellement mobile, constituée par deux muscles qui sont, en allant de haut en bas, le releveur de l'anus et le sphincter strié du rectum.

Le releveur de l'anus sépare la fosse ischio-rectale (espace pelvi-rectal inférieur de Richet), de l'espace pelvi-sous-péritonéal (espace pelvi-rectal supérieur de Richet).

Le sphincter strié du rectum représente la partie inférieure de la paroi interne de la fosse. Il est formé de fibres concentriques qui entourent la portion terminale du rectum.

3) Une base représentée par la peau et le tissu cellulaire.

4) Enfin un sommet formé par l'insertion des faisceaux du releveur sur l'aponévrose de l'obturateur interne.

Cette loge, ainsi déterminée, mesure dans le sens antéro-postérieur 5 cent., dans le sens transversal 2 cent. 5, enfin verticalement de 5 à 7 cent. Elle a, dit Paulet, la forme d'un bonnet de police.

De chaque fosse ischio-rectale partent deux prolongements :

Le prolongement antérieur s'insinue à droite et à gauche de la prostate, entre la face supérieure de l'aponévrose moyenne d'une part, le releveur et l'obturateur interne d'autre part. Ce diverticule remonte en haut jusqu'aux attaches du releveur sur l'aponévrose de l'obturateur et finit en pointe près du bord supérieur du pubis.

Le prolongement postérieur se trouve situé au-dessous du muscle grand fessier, entre la face profonde de ce muscle d'une part, le releveur et même le bord inférieur de l'ischio-coccygien d'autre part. Ce diverticule remonte en haut jusqu'au voisinage de l'épine sciatique, au niveau de laquelle il se termine en s'effilant. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La cavité ischio-rectale, nous venons de le voir, est circonscrite par des parties solides : des os, et par des parties molles : muscles recouverts de leurs aponévroses. En plus, elle renferme dans son intérieur de la graisse toujours abondante qui se trouve divisée en de nombreux lobules, par des tractus émanés des aponévroses, tapissant le releveur et l'obturateur.

Rien d'étonnant alors que cette région soit le centre de tumeurs développées aux dépens des parois qui la limitent et du tissu qui comble son interstice.

Et en effet, si nous nous reportons à nos observations, nous en trouvons deux qui se rapportent à des lipomes de la fosse ischio-rectale.

Dans l'observation de Juda (I), c'est un lipome pur que l'on trouva au cours de l'intervention, et l'examen histologique de la tumeur a confirmé le diagnostic. Le lipome, entouré d'une capsule, était constitué par des lobules assez volumineux, et c'est cette particularité de la structure qui se traduisait par la mollesse et la fausse fluctuation qui la caractérisait.

Au contraire, l'observation relatée par Villeneuve (II) nous offre le type d'un fibro-lipome limité à sa périphérie par une pseudo-capsule formée d'un épais stroma de tissu conjonctif : de ce dernier se détachait des cor-

dons de même structure. A l'inverse de la tumeur précédente, celle-ci n'était pas fluctuante, elle offrait à la palpation une certaine résistance et, par places, on sentait en dehors de la masse principale, sur la surface, plusieurs lobes très durs, dont la grosseur variait de celle d'une noix à celle d'un œuf : c'est qu'en effet la tumeur, dans ce cas, était constituée par du tissu conjonctif à faisceaux serrés formant de véritables mailles dans lesquelles se trouvaient incluses de grosses masses de tissu graisseux lâche.

Examinons maintenant les tumeurs qui peuvent naître des parois solides ou molles de la cavité.

Nicaise, dans son observation publiée dans la *Revue mensuelle*, 1878 (III), relate le cas d'un fibrome situé en dedans de la tubérosité de l'ischion à laquelle il adhère. Sa surface en est régulière, ferme, non lobulée. Ce fibrome est né au niveau du muscle obturateur interne et de son aponévrose qui recouvrent tous deux la tubérosité ischiatique.

Au contraire, la tumeur de la fosse ischio-rectale que Edwards a opéré et dont il rapporte l'histoire dans *Medical Press and circular*, de Londres, 1900 (IV), s'était développée au dépens du périoste de la face interne de la branche ascendante de l'ischion. L'examen histologique montra que l'on se trouvait en présence d'un sarcome.

Il en est de même des deux cas qui font l'objet de l'observation d'Eresy et de Nassau (V). Au cours de l'intervention l'un et l'autre trouvèrent un prolongement se détachant de la partie antérieure de la tumeur et allant adhérer à la face interne de la tubérosité ischiatique.

Après avoir détaché ce prolongement de son point d'insertion, Eresy ne put sentir aucun point osseux mis à nu. La tumeur avait donc, dans ce cas encore, pour origine le périoste de l'ischion. Les sarcomes nés dans cette région sont excessivement rares et sur cinquante-quatre cas de sarcomes des os du bassin, réunis par Harvage, ce dernier n'a pu en relever aucun qui ait eu son point d'implantation à la tubérosité ischiatique.

Mais si la fosse ischio-rectale peut être le siège de tumeurs primitives diverses : lipomes, fibromes, sarcomes, plus souvent elle est envahie secondairement par des tumeurs venant du voisinage. Avant d'étudier leurs principaux points d'implantation, il nous faut citer, ici, une observation assez curieuse, publiée en 1875 dans les *Bulletins de la Société anatomique* (VI). C'est un fibromyxome de la fosse ischio-rectale formé de deux lobes bien distincts au point de vue de l'origine et de la constitution histologique. Le lobe supérieur se détachait de la face antérieure du sacrum par un pédicule de la grosseur du doigt ; sa consistance était pseudo-fluctuante et à la coupe on trouvait un tissu gélatineux laissant écouler un liquide filant comme du blanc d'œuf ; en un mot il présentait la structure d'un myxome.

Le lobe inférieur, au contraire, contenu dans la fosse ischio-rectale, était adhérent aux parois du bassin, au muscle obturateur interne et à l'ischion. A la coupe on notait tous les caractères d'un corps fibreux ; le tissu en était dur, résistant, de couleur blanche, et se présentait sous l'apparence de masses arrondies, de la grosseur d'une noix, et absolument comparable à ce que l'on observe à l'œil nu dans les corps fibreux de l'utérus.

La dualité observée dans la constitution histologique de cette tumeur, s'explique aisément, si l'on connaît l'étroite parenté qui existe entre le myxome et le fibrome. Ces deux genres de tumeurs, ne diffèrent réellement entre elles que par la substance muqueuse intercellulaire qui baigne les éléments conjonctifs du myxome.

« La substance fondamentale intercellulaire d'un fibrome peut subir l'infiltration muqueuse et la tumeur se présente à l'examen microscopique avec tous les caractères du myxome ».

Telle est l'opinion de Cruveilhier qui concorde bien avec le fait que nous venons de rapporter. Par sa partie inférieure, fibromateuse, cette tumeur rentre dans la catégorie des cas étudiés précédemment où la fosse ischio-rectale donne elle-même naissance aux masses qui l'envahissent. Au contraire, la notion que nous a fournie l'observation d'une deuxième tumeur myxomateuse attachée au sacrum, nous amène tout naturellement à parler des envahissements secondaires de cette même fosse ischio-rectale. Nous en trouvons un premier exemple dans une observation de fibro-myxome également, citée dans la thèse de Saless (Paris, 1876) VII. Le toucher rectal pratiqué chez le malade porteur de cette tumeur, faisait sentir une adhérence de cette dernière sur le coccyx ; de plus elle envahissait toute la fosse ischio-rectale, et envoyait un prolongement intrapelvien dont on ne pouvait atteindre la limite supérieure. L'intervention vérifia l'exactitude de ces données ; la masse enlevée ressemblait comme volume et comme forme à un petit fœtus dont le cordon aurait été remplacé par le pédicule. Sur une coupe, on apercevait une surface blanchâtre, infil-

trée en certains points d'une matière visqueuse. Au milieu de parties plus molles, analogues à du myxome, se détachaient des noyaux durs, faciles à énucléer.

Morestin, en 1902, communique à la Société anatomique un cas de myxome sacro-coccygien, occupant la partie supérieure et interne de la fesse gauche (obs. VIII). Né par un pédicule fibreux qui s'insérait à la lame fermant l'hiatus sacro-coccygien, ce myxome avait envahi une grande partie de la fosse ischio-rectale. Macroscopiquement « la tumeur était comparable à une grappe de raisins, dont chaque lobe eut été un grain. Les lobes présentaient des colorations différentes, plus ou moins foncées, rose, ambrée, vineuse, noirâtre. Leur section montrait une substance demi-molle, visqueuse, contenue dans une enveloppe très mince. Le pédicule était seulement cellulo-fibreux. »

Au point de vue microscopique, « c'est, dit le professeur Cornil, qui en a fait l'examen, un myxome typique ; les coupes montrent des faisceaux assez rares de tissu conjonctif et des capillaires, à parois assez épaisses, doublées qu'elles sont par du tissu fibreux. Entre les capillaires, il y a de nombreuses cellules conjonctives, anastomosées les unes avec les autres, étoilées, à gros noyau ovoïde. Le protoplasma de ces cellules présente souvent au niveau de l'extrémité du noyau deux granules colorés en noir par l'acide osmique. Enfin il existe quelques lobules adipeux, disséminés dans le tissu myxomateux. »

Les fosses ischio-rectales peuvent être comblées par des tumeurs ayant une autre origine que le sacrum ou le coccyx. C'est le cas de l'observation publiée par Schwartz

dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* en 1843 (IX). Ici c'était un sarcome développé très rapidement chez un garçon de 16 ans, et qui outre les creux ischio-rectaux avait envahi le bulbe de l'urèthre qui dût être extirpé. Schwartz place l'origine de ce sarcome dans les glandes de Cowper, mais sans l'affirmer nettement.

Hulk (obs. X) opéra un myxome périrectal chez un homme de 40 ans, intervention qu'il rapporte dans le *Medical Times* de Londres 1870. L'auteur s'étend avec complaisance sur l'histologie de la tumeur, constituée par une substance gélatiniforme « ressemblant à de la colle » contenue dans une cavité ou plutôt dans plusieurs cavités en forme de fuseau, se ramifiant en prolongements très irréguliers.

Malheureusement, il n'est fait aucune mention des rapports qu'affectait cette tumeur avec les parties voisines.

Nous terminerons ce chapitre d'anatomie pathologique par les cas qui ont fait le sujet de nos observations personnelles XI et XII. Au cours de l'intervention, on a rencontré une tumeur mollassse de coloration grisâtre, d'apparence myxomateuse, reliée par un pédicule à la branche ischio-pubienne. A ce niveau, le pédicule était entouré par un trousseau fibreux qui semblait une émanation de la membrane obturatrice.

Histologiquement cette tumeur, d'un aspect gélatiniforme, tremblotant, était constituée par du tissu conjonctif assez lâche, dont les éléments étaient séparés les uns des autres par de la substance muqueuse. Les faisceaux conjonctifs étaient facilement colorés par

le carmin, quant au tissu muqueux il présentait de grandes cellules pâles, fusiformes, anastomosées par de nombreux prolongements. Enfin on y voyait un réseau abondant de capillaires à larges mailles. C'était un fibromyxome.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les tumeurs primitives ou secondaires de la fosse ischio-rectale ne déterminent que peu de troubles fonctionnels, et généralement ce sont les signes physiques qui attirent les premiers l'attention. Aussi les décrirons-nous tout d'abord.

Lorsque l'on examine les malades placés dans la position dite « de la taille » la première chose qui frappe la vue est l'asymétrie de la région périnéale. Chez les uns, c'est un éperon soulevant les téguments, refoulant en haut et en avant le scrotum ; chez d'autres le pli interfessier est complètement déjeté soit à droite, soit à gauche et l'anus caché par la tumeur qu'il faut soulever pour l'apercevoir. Cette difformité est produite par une masse siégeant sur les côtés du rectum et de l'anus, qu'elle peut entourer en partie. Son volume est très variable. On l'a comparé tantôt à celui d'une noix, tantôt à celui d'un œuf de poule. Les plus grosses tumeurs atteignent les dimensions d'une orange ou d'une tête de fœtus à terme. Si elles sont peu apparentes quand le malade repose dans le décubitus dorsal, elles augmentent et reprennent leur véritable volume dans la station debout.

La peau distendue est ordinairement normale, lisse sans modifications de coloration ; elle n'est pas adhérente

à la tumeur, sur laquelle elle glisse très facilement. La vascularisation n'est pas augmentée ; toutefois, quand il y a de l'inflammation ou du ramollissement comme dans le cas de notre observation personnelle, ou comme chez le malade opéré par Hulk, les téguments deviennent rouges, violacés, ressemblant à un furoncle. Ils peuvent même présenter une solution de continuité et être le siège d'une fistule.

La consistance de ces masses néoplasiques diffère suivant leur constitution histologique et la quantité de tissu fibreux contenu dans leur intérieur.

Les lipome et myxome simples dont la trame fibreuse est peu abondante (obs. I, VIII, IX), sont mous, se laissent facilement déprimer, mais reprennent rapidement leur forme première ; autrement dit, ils possèdent une certaine élasticité. La pression exercée sur un point de leur surface, se transmet assez bien à toute la masse et particulièrement au point diamétralement opposé, qui durcit et soulève la main en contact avec lui. C'est le phénomène de la fausse fluctuation, qui rappelle assez bien le phénomène analogue mais plus net, la fluctuation vraie, donnée par une tumeur liquide modérément tendue. La pseudo-fluctuation se transmet même parfois d'un lobe à un autre lobe éloigné ou nettement distinct du premier.

Quand la trame fibreuse de la tumeur est plus condensée, c'est-à-dire quand on a à faire à un fibro-lipome, à un fibro-myxome ou à un fibrome pur (obs. II, III, VI, VII, XI), la consistance perd sa mollesse et devient d'autant plus dure qu'il y a davantage de tissu fibreux. Suivant la répartition de ce tissu, qui peut être égale-

ment répandu partout ou limité à des foyers isolés, l'induration peut affecter toute la masse, ou seulement quelques parties. Les parties où prédominent le tissu fibreux ne donnent généralement plus le phénomène de la pseudo-fluctuation.

Enfin si l'on se trouve en présence de masses sarcomeuses, elles donnent une sensation de dureté absolue.

Le palper nous permet encore de reconnaître que certaines tumeurs ont une surface très régulière, alors que d'autres sont bilobées ou présentent en dehors de la masse principale plusieurs lobes ou lobules, pour ainsi dire indépendants, mobiles, d'une consistance très dure et d'un volume variable, celui d'une noix ou d'un œuf.

Les tumeurs, avons-nous dit, peuvent être en partie réductibles à la pression ; mais si on les percute, elles ne donnent qu'un son mat, caractère important, sur lequel nous reviendrons au sujet du diagnostic.

On ne doit pas borner là son examen, mais l'accompagner du toucher rectal qui complétera les renseignements déjà obtenus et en fournira de nouveaux très appréciables. Il nous permettra en effet, de nous rendre compte avec plus de justesse des dimensions de la tumeur et des espaces qu'elle occupe. Cette dernière peut être située dans la fosse ischio-rectale, sur le côté latéral du rectum et du vagin, en dedans de la tubérosité ischiatique, ou enfin entre l'anus et la base du coccyx.

Mais le toucher nous renseignera surtout sur les adhérences de ces tumeurs avec les parties voisines, et sur les prolongements qu'elles envoient.

Dans les différents cas qui nous occupent, ces adhérences portaient de la face interne de la tubérosité

ischiatique, de la face antérieure du sacrum, du coccyx et du pubis, et étaient constituées par des pédicules cellulo-fibreux.

Quant aux prolongements, ils prennent des directions variables, filant tantôt sous les muscles, et se terminant d'une façon insensible dans la région fessière, tantôt du côté du vagin et de la vulve. Mais le plus souvent, ils sont intrapelviens comme dans le cas opéré par le Pr Tillaux, et où il était impossible d'en sentir la limite supérieure avec le doigt. S'ils se développent à la face antérieure ou à la face postérieure du rectum, ils l'aplatissent contre le sacrum dans le premier cas, contre le pubis dans le deuxième. Si, au contraire, ils siègent à la partie latérale du rectum et de l'anus, ils refoulent cette partie terminale du tube digestif du côté opposé. Aussi en pratiquant le toucher rectal, éprouve-t-on une difficulté parfois considérable à franchir l'orifice anal. Et ce rétrécissement est si bien dû à la compression par la tumeur ou à ses prolongements, qu'une fois le doigt introduit dans le rectum, on sent une muqueuse absolument saine. Dans aucune de nos observations, en effet, on ne relève la trace d'une infiltration quelconque de cette dernière ; au contraire, elle est toujours unie, souple et indépendante de la tumeur.

Parfois le toucher rectal ne donnera aucun résultat : on s'adressera alors au toucher vaginal et l'on pourra sentir la tumeur, faisant saillie du côté de la paroi du vagin (obs. personnelle).

Il est aisé de comprendre que ces masses néoplasiques, placées dans une telle région peuvent occasionner au point de vue fonctionnel des phénomènes de com-

pression, variables avec leur forme, leur volume et leur situation.

Si cette gêne se manifeste très peu dans la station debout, elle augmente pendant la marche et surtout dans la station assise : car dans cette dernière position, la tumeur se trouve refoulée par le plan solide qui forme siège. Au point de vue de la compression, nous avons vu que l'anus, le rectum et la vessie pouvaient être déviés de leur position normale ; il en résulte des troubles de la défécation et des troubles urinaires. Le malade peut être simplement constipé comme dans notre observation personnelle, mais plus souvent il éprouve de grandes difficultés pour aller à la selle. Les matières sont rares, rubanées et il s'en suit des désordres intestinaux : le ventre se ballonne et devient douloureux. Du côté de la vessie, les malades se plaignent que leurs mictions sont lentes et pénibles.

Enfin, il est permis de penser que si la tumeur pousse un prolongement du côté des grandes lèvres, il peut en résulter des difficultés dans l'accomplissement du coït, par suite du refoulement de la paroi vaginale.

La tumeur est généralement indolore. Seule la malade de notre observation personnelle accusait dans la position debout des irradiations douloureuses dans le pli de l'aîne du côté gauche ; mais ce fait n'a rien de surprenant ici, puisque la tumeur était le siège de phénomènes inflammatoires. Par contre, il est un symptôme qui, à plusieurs reprises, éveille l'attention, c'est que certains malades ont présenté, durant l'évolution de leur tumeur, des douleurs sur le trajet du nerf sciatique ; on ne peut toutefois conclure de là qu'elles étaient dues à une

compression du sciatique par un prolongement de la tumeur ; car si dans les trois cas où nous avons relevé ce fait, les douleurs siègent du même côté que la masse néoplasique, dans le troisième elles sont bilatérales.

L'état général enfin n'est, en aucune façon, influencé par la présence de tumeurs dans la fosse ischio-rectale et les troubles fonctionnels seuls, causés par le développement de ces dernières, amènent les malades au chirurgien.

MARCHE, DURÉE, ÉVOLUTION

L'évolution des différentes tumeurs que nous avons examinées n'offre aucun caractère spécial, en rapport avec leur siège. Leur durée se compte le plus souvent par années et même par dizaine d'années ; rarement elles datent d'un an, ou moins encore quand le malade vient consulter.

L'accroissement se fait tantôt d'une manière progressive, tantôt par poussées, comme dans le cas du Prof^r Tillaux où la tumeur avait mis une vingtaine d'années à égaler de volume d'un œuf, pour atteindre ensuite, dans l'espace de quelques mois, les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

DIAGNOSTIC

En face d'une tuméfaction de la fosse ischio-rectale, dont on cherche à faire le diagnostic, deux cas peuvent se présenter.

Tantôt ses caractères sont tellement nets qu'ils entraînent de suite la conviction que l'on a à faire à une tumeur de cette région.

Tantôt, au contraire, les symptômes ne sont pas aussi précis et l'on peut songer à la possibilité d'affections d'un autre genre, soit de la fosse ischio-rectale, soit du reste du périnée et être obligé de recourir à la recherche de signes distinctifs.

Telles sont les deux hypothèses que nous envisagerons.

Dans le premier cas, le diagnostic positif se basera le plus souvent sur une association de signes de grande valeur dont il a été question précédemment. Pour éviter les redites, nous nous contenterons de les rassembler ici et de les citer rapidement.

La tumeur se trouve-t-elle nettement dans la fosse ischio-rectale ? Est-elle lobulée, parsemée de petites dépressions à sa surface, ou lisse ? Est-elle mobile sur les tissus qui l'environnent et sous la peau ? Sa consistance est-elle molle, presque fluctuante ou absolument dure ? Enfin cette tumeur a-t-elle évolué très lentement

ou en plusieurs années sans provoquer aucune douleur ni aucun retentissement sur l'état général ?

En présence de tous ces caractères, il ne peut y avoir de doute, et le diagnostic de tumeur de la fosse ischio-rectale s'impose.

Dans la seconde alternative, on est en présence d'une tuméfaction. Il faut tout d'abord écarter l'hypothèse d'un abcès de cette région, ce qui est facile, étant donné qu'il existe toujours dans ce cas des symptômes fonctionnels marqués avec élévation de la température. D'ailleurs l'abcès devient rapidement fluctuant, tend à s'ouvrir à l'extérieur et ne saurait simuler un néoplasme développé à ce niveau. De même chez la femme, il sera toujours aisé d'éliminer les bartholinites.

Plus difficile est parfois le diagnostic avec les abcès ossifluents venus d'un mal de Pott lombaire ou symptomatique de la tuberculose des os du bassin ; mais leur évolution, la recherche de la lésion osseuse initiale, la ponction exploratrice lèveront tous les doutes.

Reste le groupe des tumeurs développées aux dépens des autres parties du périnée.

Pour la commodité de l'exposition, nous les diviserons en trois catégories : les tumeurs solides, les tumeurs kystiques et enfin les tératomes.

1° Tumeurs solides. — a) *Le fibrome pur* du périnée proprement dit doit être très rare. Lataste a rapporté (*Bulletin de la Société anatomique*, 1879), sous le titre de « fibrome éléphantiasique du périnée », un cas de tumeur de cette nature chez un homme de 55 ans, opéré par Monod à Necker.

Le fibrome était plus volumineux que le poing, divisé en deux lobes inégaux et implanté par un pédicule rétréci sur le périnée, immédiatement en arrière des bourses ; il s'étendait jusqu'à 2 cent. de la marge de l'anus. Sa consistance était ferme, élastique, sans parties indurées. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une hypertrophie considérable du tissu fibreux et des lymphatiques du derme. Mais ici le toucher rectal ne donne absolument aucun résultat.

b) Le *molluscum* du périnée existe (Lucas-Championnière) et quelquefois pédiculisé ; sa consistance est très molle ; sa surface est en général ridée et la peau ne glisse pas à sa surface.

c) Les *tumeurs des grandes lèvres*. — Nous mentionnons ici ces dernières, parce que les rapports de la grande lèvre avec le périnée proprement dit sont si intimes qu'il est inutile d'insister sur la facilité avec laquelle toute tumeur (lipome, myome, fibro-myxome), née dans l'épaisseur de celle-là, pourra intéresser le périnée. Les lipomes eux-mêmes, malgré le peu de tendance qu'ils ont habituellement à envahir les régions voisines, ne se comporteront souvent pas autrement. Capelle, dans le *Journal de Bruxelles* (1860), rapporte l'observation d'une énorme tumeur lipomateuse de la grande lèvre droite qui s'étendait jusqu'à l'anus, mesurant 50 cent. dans sa plus grande circonférence. Ces tumeurs offrent un caractère très distinctif : sous diverses influences et particulièrement celles de la menstruation et de la grossesse, elles subissent des variations importantes de volume.

d) Les *lipomes circonscrits* du périnée. — Ces tumeurs

peuvent acquérir un volume énorme : témoin les cas relatés par Lejars (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1897), par Morestin et par Riche (*Bulletins de la Société anatomique*, 1899 et 1906), et où le malade « avait découvert par hasard, dans le début, une petite boule grosse comme un haricot au côté gauche de l'anus » ; ces lipomes ont ce caractère propre à la région, à savoir que, dans près de la moitié des cas, ils se pédiculisent, revêtent la forme d'une gourde ou d'un scrotum. Dans l'autre moitié, ils ont tendance à s'étaler en surface dans le périnée ; dans ce dernier cas, ils sont sessiles et revêtent une forme multilobée. La peau qui les recouvre, d'apparence normale, est parsemée de légères dépressions qui deviennent plus évidentes quand on cherche à la plisser et donnent lieu au phénomène de la peau d'orange.

e) Les *lipomes diffus* du périnée présentent encore des signes plus particuliers. Ils ne sont pas entourés de capsule ; aussi leurs limites ne sont pas tranchées et leur mobilité sur les couches profondes paraît peu marquée, puisqu'ils se continuent directement et se fusionnent avec le tissu cellulo-graisseux ambiant. Ils sont recouverts d'une peau à peu près lisse, sans trace de lobulation ; elle ne glisse pas sur eux et ne se meut qu'en déplaçant avec elle le tissu lipomateux sous-jacent.

f) La *hernie périnéale*, excessivement rare, passe chez l'homme entre le rectum et la vessie ; chez la femme, entre l'utérus et le rectum. En général, le sonorité à la percussion, et la réductibilité de la tumeur, ses rapports connus par le toucher rectal et le toucher vaginal, lèveront tous les doutes.

g) Le *cancer* du périnée, que ce soit un cancer primitif de l'urèthre, ou une dégénérescence cancéreuse des fistules urinaires, offre une symptomatologie très caractéristique ; il n'est question ici que du périnée de l'homme, car le siège et l'aspect du cancer de l'urèthre chez la femme, sont trop évidents *a priori* pour qu'il prête à confusion.

Très rapidement ulcérée, cette tumeur dégage une odeur fétide caractéristique, et s'accompagne d'une cachexie très prononcée, et d'une teinte jaune paille classique. La consistance à part celle des cancers colloïdes et encéphaloïdes, qui sont mous, est ligneuse, et elle contracte des adhérences nombreuses avec la peau et les couches profondes. De plus les ganglions inguinaux sont envahis.

L'évolution du cancer du périnée est rapide, accompagnée de douleurs spontanées, de gêne et de souffrance dans la marche et la position assise ; enfin son ulcération offre un aspect particulier, tantôt recouverte de masses bourgeonnantes et exubérantes, tantôt creusée profondément.

h) *Gommes syphilitiques* de l'anús. Ces tumeurs ont à leur début une consistance très dure ; mais bientôt elles se ramollissent et s'ouvrent à l'extérieur. Les bords de l'ulcération sont cuivrés, taillés à pic ; le fond est jaunâtre, recouvert d'une matière pulpeuse qui rappelle le bourbillon de l'anthrax.

Les gommes syphilitiques ne sont pas pédiculisées, elles ne sont ni aussi limitées, ni aussi volumineuses que les tumeurs de la fosse ischio-rectale. Leur existence enfin ne date pas de loin, quelques semaines d'ordinaire,

quelques mois au plus. Elles peuvent être accompagnées d'autres manifestations syphilitiques, qui mettent sur la voie du diagnostic.

i) *L'épithélioma* de la marge de l'anus, primitif ou étendu à cette région, peut envahir les fosses ischio-rectales « soit par les lymphatiques de l'anus traversant le tissu graisseux de cette région, soit en partant de l'intérieur du rectum, par ulcération successive du sphincter et du releveur. » (Quénu et Hartmann). La tumeur a la forme d'un chou-fleur, et les tissus environnants sont le siège de végétations blanchâtres. Outre cet aspect qui est très caractéristique, il y a des symptômes particuliers à cette affection, et principalement les hémorrhagies et la constipation opiniâtre, suivie de débâcle diarrhéique.

2° **Tumeurs liquides ou kystiques.** — Ces tumeurs offrent à la région périnéale une grande variété.

a) Les *abcès urineux*, s'ouvrant au périnée, surviennent en général chez de vieux rétrécis ; ils sont très profonds, situés sur le trajet de l'urèthre et de date habituellement récente. La ponction exploratrice lèvera tous les doutes.

b) Les *kystes dermoïdes du périnée*, nous les diviserons en deux groupes, les kystes du raphé génito-périnéal et ceux de la région ano-coccygienne.

α) *Kystes du raphé génito-périnéal*. Ils comprennent des kystes dermoïdes proprement dits et des kystes mucoïdes que nous rangerons dans une description commune, parce qu'ils ont les mêmes symptômes. Leur situation est en général médiane, et l'on peut admettre que vraisemblablement, dans les observations de kystes, situés

en dehors du raphé (Lannelongue, *Traité des kystes congénitaux*, obs. 84), les tumeurs étaient primitivement médianes et se sont ensuite développées excentriquement, d'une façon irrégulière, d'un côté plus que de l'autre ; ce qui les fait paraître finalement latérales. Elles seraient dues à l'enclavement « soit d'une parcelle de peau, soit plus profondément d'une parcelle de muqueuse des replis uro-génitaux. »

Suivant qu'elles sont uni ou polikystiques, et suivant la disposition de leurs poches, ces tumeurs sont tantôt arrondies, tantôt bosselées, tantôt bilobées ; très fréquemment elles revêtent la forme d'un chapelet, ou, comme le dit M. Quénu, « celle d'un lymphatique dans lequel on aurait injecté du mercure. » Ces poches peuvent être au nombre de cinq ou six, ou même davantage ; elles sont situées le long du raphé, qu'elles garnissent sur une étendue variable ; elles communiquent entre elles le plus souvent et on peut refouler partiellement ou totalement le contenu des unes dans les autres.

Ces kystes dermoïdes varient en général du volume d'une noisette à celui d'un œuf de poule ; ils sont le plus souvent adhérents à la peau, ou même intradermiques.

Leur adhérence aux couches profondes est aussi variable : généralement, ils sont indépendants d'elles, excepté quand ils ont été atteints d'inflammation.

Leur consistance est, suivant la nature de leur contenu, tantôt absolument fluctuante, tantôt pâteuse ; dans ce cas, ils gardent parfois l'empreinte du doigt.

β) *Kystes dermoïdes de la région ano-coccygienne.* Ces kystes sont uni ou multilobés ; ils adhèrent rarement à la peau, sauf dans le cas d'inflammation ; mais leur

adhérence au coccyx est de règle : ils peuvent être sessiles ou plus rarement pédiculés.

Ils sont susceptibles d'atteindre de plus grandes dimensions que les kystes du raphé.

Ces tumeurs, comme les précédentes, sont tantôt fluctuantes, tantôt d'une consistance pâteuse, et le plus souvent ne laissent pas de doute sur leur véritable nature.

Ces kystes enfin peuvent se former par rétention dans des fistules cutanées congénitales qui se rencontrent parfois sur la ligne ano-coccygienne ; dans ce cas, les traces de l'orifice fistuleux mettent sur la voie du diagnostic.

c) *Tumeurs kystiques diverses*. Chassaignac (*Bulletin de la Société anatomique*, 1886), a relaté sous le titre de tumeur sébacée, un kyste situé près de l'anus, du volume du poing, datant d'une vingtaine d'années, et dont il était impossible, par les renseignements fournis, d'affirmer la véritable nature. Un signe pourtant différenciera les kystes sébacés : c'est le point noir de sa surface.

3° Tératomes périnéaux. — Dans ce dernier groupe, nous ferons rentrer les tumeurs complexes, d'une interprétation difficile, le plus souvent, en partie solides, en partie liquides. On peut les ranger sous deux titres.

a) *Les tumeurs mixtes*. Elles sont tantôt exclusivement solides, tantôt associées à des kystes, et l'on peut y rencontrer toute espèce de tissus : embryonnaire, cartilagineux, osseux, fibreux, etc...

Leur manifestation précoce fait qu'on ne les rencontre guère que dans l'enfance. Leur forme est tout-à-fait

variable : elles sont en général mobiles sous la peau, mais adhérentes au coccyx ; quant à leur consistance, elle est variable suivant les endroits et les tissus qu'elles renferment ; elles pourront surtout éveiller l'idée d'un lipome contenant des noyaux fibreux, surtout si elles sont composées, en majeure partie, de tissu graisseux.

Ainsi l'observation personnelle que Lachaud cite dans sa thèse, était un cysto-lipome, composé d'une masse de graisse, entourée de kystes multiples. La ponction faite aux points fluctuants, pourra lever les doutes.

b) Les inclusions fœtales ou kystes fœtaux. Ces tumeurs contiennent au milieu d'une cavité kystique des débris non douteux de fœtus ; os, orteils, phalanges, etc.

Ces tumeurs situées en arrière de l'anus n'intéressent pas seulement le périnée ; en général elles s'étendent soit en avant, soit en arrière du coccyx et du sacrum, et leur volume est d'ordinaire au moins celui d'une tête d'enfant : souvent, elles descendent jusqu'aux jambes.

Ces tumeurs ne possèdent pas de pédicules, elles adhèrent presque toujours aux parties profondes, surtout aux os ; elles communiquent parfois avec la cavité rachidienne, et s'étendent souvent dans l'excavation pelvienne.

Toutes ces affections de la fosse ischio-rectale et des autres portions du périnée éliminées, il reste un point à éclaircir, savoir si la tumeur en présence de laquelle on se trouve est congénitale ou acquise et quelle est sa nature. Deux éléments entrent ici en ligne de compte : l'âge du sujet lors de l'apparition de la tumeur : le siège de cette dernière.

La tumeur existe-t-elle à la naissance ?

Il ne peut y avoir de doute.

A-t-elle été remarquée dans l'enfance ?

Si elle est reliée par un pédicule au sacrum ou au coccyx, il est certain qu'il s'agit d'une tumeur congénitale. Si au contraire elle adhère à un autre point quelconque du bassin, il y a probabilité pour que l'on ait à faire à une tumeur acquise, surtout quand elle a été reconnue après la puberté.

Quant à la nature du néoplasme, le diagnostic en sera fait d'après la biopsie et l'examen microscopique, ce qui permettra en même temps de porter le pronostic.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

§ 1. — Pronostic.

Le pronostic variera avec la nature du néoplasme. Si les lipomes et les fibromes sont des tumeurs bénignes et à l'abri de toute récurrence, quand elles ont été extirpées complètement, il n'en est pas de même des sarcomes. Ce n'est pas à dire que ceux-ci sont une cause de mort rapide ; mais comme dans le cas opéré par Eresy (obs. V), ils réapparaissent au bout de très peu de temps.

Quant aux myxomes, il faut faire une distinction entre ceux où le tissu muqueux est associé à d'autres formations et ceux où il est pur. Les myxomes qui sont développés dans le tissu adipeux et fibreux sont aussi bénins que de simples tumeurs fibreuses ou graisseuses. Au contraire, les formes pures, dans lesquelles « l'évolution vers un tissu plus élevé est faible ou nulle », se rapprochent beaucoup du sarcome, puisqu'elles sont, comme lui, un tissu embryonnaire et revêtent un caractère tout aussi malin.

§ 2. — Traitement.

En présence d'une tumeur de la fosse ischio-rectale reconnue, il n'y a pas d'autre indication thérapeutique

que celle d'une intervention. Le malade sera placé dans la position dite de la taille ; deux cas sont alors à considérer : la tumeur est-elle petite, de la grosseur d'un œuf, on fera une incision rectiligne et latérale par rapport à l'anus, sur la partie la plus saillante de la tumeur. Est-elle volumineuse, il sera préférable de circonscrire par deux incisions à concavité interne un croissant de peau que l'on enlèvera avec la portion restante de la tumeur. Mais il faudra avoir grand soin de se tenir en dehors du sphincter externe et de respecter ce muscle, si on ne veut pas que le malade présente de l'incontinence des matières, accident qui, s'il n'est que temporaire, n'en constituera pas moins un gros inconvénient. Une fois la peau incisée, on réclinera à droite et à gauche les deux lèvres et on commencera à libérer la masse en la disséquant des parties voisines et principalement du rectum. On exercera en même temps des tractions douces de façon à énucléer les prolongements, s'il en existe. Quant aux adhérences, on s'efforcera, avec le doigt, d'arriver à leur point d'implantation et de les détacher à ce niveau. Une fois le néoplasme enlevé, il restera une large cavité que l'on drainera avant de suturer l'orifice cutané.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — JUDA ISAAC, Thèse de Paris, 1884.

Lipome de la fosse ischio-rectale.

H. . . , Alfred, âgé de 11 ans, entré le 21 juin 1884 dans le service de M. le Prof^r Verneuil, à la Pitié, salle Michon.

Il y a 4 ou 5 ans que les parents de cet enfant s'aperçurent qu'il portait une petite tumeur à la fesse gauche, vers la partie supérieure, au niveau de sa jonction avec le périnée. Elle offrait déjà à cette époque un volume fort appréciable ; aussi ne peut-on être fixé sur l'époque réelle de son apparition. Les parents consultèrent au bout de quelque temps un médecin de leur quartier et ce dernier conduisit le petit malade auprès de M. Verneuil. Le professeur conseilla au médecin une ponction exploratrice, ce qui fut fait ; mais il ne sortit qu'une gouttelette de sang.

Cependant la tumeur s'accroissait ; déjà, elle avait complètement envahi le périnée et constituait en même temps qu'une gêne, une difformité choquante. C'est en ce moment, en juin 1884, que les parents ramenèrent l'enfant auprès de Verneuil qui l'admit dans les salles de la Pitié.

H. . . , Alfred, présente une tumeur siégeant au périnée, où elle proémine à la façon d'un éperon, soulevant les téguments, refoulant le scrotum en haut et en avant. A sa partie supérieure, elle file sous les muscles et se termine d'une façon insensible dans la région fessière. Vers son milieu, cette tumeur est, à sa surface, comme segmentée par une sorte d'étranglement lâche, qui la partage ainsi en deux lobes, l'un très apparent périnéo-scrotal, l'autre qui se dérobe du côté de la fesse et de la fosse ischio-rectale. La peau est saine, distendue, sans avoir perdu ses caractères normaux ; elle glisse facilement sur toute la surface du néoplasme et

nulle part n'offre de sensibilité et de rougeur, ni de signe quelconque d'envahissement ou d'inflammation. La consistance est uniformément molle et l'on peut même dire fluctuante. Ce caractère se voit bien si l'on presse avec force sur le lobe scrotal ; l'on fait alors durcir, saillir et manifestement augmenter de volume la partie profonde sous-fessière. Aucune douleur, aucune sensibilité anormale. L'enfant n'accuse qu'un peu de gêne pour s'asseoir ; il marche facilement et gambade dans la salle ; la miction n'est pas troublée, bien que nous constations un hypospadias balanique.

L'état général est tout à fait satisfaisant. La fluctuation ayant paru évidente, indiscutable, on en vient à contester le résultat de la ponction antérieure et il fut décidé qu'on y aurait de nouveau recours. Cette fois encore le résultat fut négatif. Il fallut bien se rendre à l'évidence. H. . . était porteur d'une tumeur solide, qui ne pouvait être qu'un lipome.

Opération le 9 juillet. L'enfant est placé dans la position de la taille ; une incision de 6 cent. pratiquée sur la partie saillante de la tumeur, laisse échapper les lobules mous d'un lipome pur, qui, une fois son enveloppe entamée, fut facilement attiré et petit à petit vint tout entier avec ses prolongements.

Le 16 août, H. . . sortait guéri.

L'examen histologique de la tumeur a confirmé ce que la vue en apprenait. Il s'agit d'un lipome pur lobulé. Aussi, est-on en droit de ne pas craindre de récidence.

Obs. 2. — VILLENEUVE, *Marseille médical*, 1890.

Fibro-lipome de la fosse ischio-rectale.

Homme de 34 ans. La tumeur dont il avait, pour la première fois, remarqué l'existence 4 ans auparavant, présentait la forme d'un ovoïde à grosse extrémité postérieure recourbée en dedans sur son grand axe, de manière à embrasser le côté droit de l'anus. Son diamètre longitudinal mesurait 18 cent. et le transversal 12 cent. environ ; elle occupait l'espace ano-coccygien, la région du creux ischio-rectal et le périnée. Son bord interne, concave en

dedans, embrassait le côté droit de l'anus et répondait en arrière au pli interfessier qui était déjeté à gauche et en avant du périnée. La grosse extrémité ou base de la tumeur occupait la région ischio-rectale droite. L'anus répondait juste à son bord interne, mais il était caché par la tumeur qu'il fallait soulever pour l'opération.

A la palpation, cette tumeur était souple, résistante, non fluctuante, indolore. En dehors de la masse principale, on rencontrait par places, sur la surface, plusieurs lobes ou lobules pour ainsi dire indépendants, mobiles, d'une consistance très dure, d'un volume variable, celui d'une noix ou d'un œuf.

Deux incisions courbes à concavité interne sont faites sur la tumeur, de façon à circonscrire un croissant de peau qu'on enlève avec elle.

On est forcé de disséquer l'extrémité inférieure du rectum, sur une étendue de deux ou trois travers de doigt et de pénétrer dans les fosses ischio-rectales. La tumeur ne présentait aucun pédicule à proprement parler, mais de sa périphérie partaient des brides, des cordons fibro-adipeux qui s'enfonçaient dans la fosse ischio-rectale : aucune connexion avec le squelette.

Le lendemain, écoulement séro-sanguin abondant ; quelques fils retenant l'anus ont cédé. Pas de douleur, pas de fièvre. Les jours suivants, suppuration et sphacèle limité d'un lambeau cutané.

La cicatrisation ne tarda pas à se parfaire, mais le malade resta plusieurs mois à l'hôpital, à cause de l'incontinence des matières fécales. Il allait à la selle trois fois par jour en moyenne, et quand l'envie le prenait il ne pouvait se retenir.

Obs. 3. — NICAISE, *Revue mensuelle*, 1878.

Fibrome du bassin chez l'homme, adhérent à la tubérosité ischiatique.

Homme de 69 ans, hémiplegique, ayant depuis deux ans une hypertrophie considérable de la prostate et de la constipation.

Ce malade porte du côté droit de la marge de l'anus une tumeur indolente, du volume d'un œuf, dont le début remonte à 4 ans.

Cette tumeur est située en dedans de la tubérosité de l'ischion, à laquelle elle semble adhérer ; la partie moyenne répond à la limite antérieure de l'anus. Elle est sous-cutanée et la peau est mobile, à sa surface. La tumeur présente une très grande mobilité dans le sens antéro-postérieur, mais latéralement elle est peu mobile ce qu'il faut attribuer à son adhérence à la tubérosité ischiatique.

La surface est régulière, ferme, non lobulée. La tumeur est indolente à la pression. Le toucher permet de constater qu'il n'y a pas de prolongement interne pelvien ; la partie supérieure de la tumeur est très près de la partie latérale de la prostate.

Il s'agit là d'un fibrome adhérent à la tubérosité ischiatique.

Obs. 4. — EDWARDS, *Medical Press and Circular*, London, 1900.
(Traduction).

Ablation d'un sarcome de la fosse ischio-rectale.

Simfred Edwards, opéra un jeune homme de 20 ans, qui était porteur depuis trois ou quatre mois, d'une tumeur située sur le côté droit de l'anus. Lorsqu'il fut examiné à l'hôpital six semaines auparavant, la fosse ischio-rectale droite était quelque peu tuméfiée.

L'examen montra que le gonflement était ondulé et s'étendait dans la direction du rectum : mais la muqueuse n'était pas intéressée, et le doigt pouvait atteindre l'extrémité de la tumeur. Pensant que le gonflement pouvait être de nature inflammatoire, le malade fut transporté à l'hôpital et une incision fut faite à angle droit avec l'anus, par Vallès. Elle ne donna pas issue à du pus ; une petite parcelle fût prélevée pour l'examen microscopique ; l'incision se cicatrisa, mais le gonflement continua d'augmenter d'une façon continue. Edwards décida alors d'enlever la tumeur, malgré le diagnostic de l'histologiste qui avait déclaré être en présence d'une tumeur inflammatoire. Cette dernière avait presque doublé et quand elle fut enlevée, elle était environ de la grosseur des deux poings.

Une incision fut pratiquée à nouveau du côté droit de l'anus, au-dessus de la cavité ischio-rectale, allant du rectum au périnée.

La tumeur fut séparée en deux parties, avec quelque difficulté ; mais il fut nécessaire de supprimer une partie du rectum. Cette tumeur venait du périoste, de la face interne de la branche ascendante de l'ischion.

Edwards fit remarquer que la tumeur ressemblait beaucoup à un fibro-sarcome. Pour lui, le cas paraissait intéressant à cause du diagnostic. Aucune trace de pus n'ayant apparu lors de la première incision et l'examen au microscope de la parcelle prélevée n'ayant relevé que du tissu inflammatoire alors que le gonflement continuait à augmenter.

En opérant, Edwards pensait d'abord à l'actinomyose. Un deuxième examen histologique de la tumeur a montré que l'on avait affaire à un sarcome.

Nous avons appris que le malade est maintenant en bonne santé, mais vu la nature de la tumeur, une rechute est à craindre.

Obs. 5. — ERESY, *Annals of Surgery*, Philadelphie, 1907, XIV
(Traduction).

Sarcome originaire de la fosse ischio-rectale.

Le docteur Eresy rapporte un cas où le diagnostic primitif fût difficile à établir, par suite du peu d'inflammation des tissus.

Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, bien développée, habitant le Kansas et ne présentant dans ses antécédents héréditaires aucun cas de maladie semblable. Sa grand'mère, ainsi qu'un de ses oncles étaient morts tuberculeux.

Cette jeune fille, qui était vierge, avait des époques très régulières.

Un mois avant d'être examinée par le médecin, elle avait remarqué du côté gauche du périnée une tumeur de la grosseur d'une noix ; cette tumeur n'était le siège d'aucune douleur.

De plus, la malade n'était pas constipée.

En faisant un examen approfondi, on trouva une tumeur superficielle, située à gauche du rectum et du vagin, s'étendant de la paroi rectale, presque jusqu'au pubis.

Pas de rougeur, pas de ramollissement ; on avait la sensation d'une petite inflammation siégeant dans le tissu périrectal ; mais cette inflammation était très dure.

Comme la grosseur augmentait sans cesse de volume, et qu'elle avait tendance à devenir immobile, on fit le diagnostic de tumeur. Sur sa partie antéro-postérieure, à un pouce et quart à gauche de la ligne médiane, on pratiqua une incision. Il n'y avait aucune trace de véritable capsule, et pas de plan de clivage entre le tissu normal et celui de la tumeur.

De sa partie antérieure, se détachait un prolongement, se dirigeant du côté de la vulve. Mais en aucun point la muqueuse n'était prise. La grosseur envahissait tous les tissus périrectaux et périvaginaux et semblait adhérer à la partie interne de la tubérosité ischiatique. Cette adhérence fut détruite avec le doigt ; mais une fois enlevée, on ne sentait pas d'os à nu.

Le sphincter de l'anus fut préservé. L'hémorrhagie fut insignifiante.

Une fois enlevée, la tumeur mesurait sur son diamètre antéro-postérieur, trois pouces de longueur, et sur son côté latéral, deux pouces et demi.

On sutura les parties profondes de la plaie, au catgut. Avant de fermer la peau, on draina. Il n'y eut aucun écoulement.

Dans la suite, il se développa un œdème très marqué de la région génitale, ce qui rendit le cathétérisme de l'urèthre très difficile.

A la fin de la première semaine, la plaie était complètement cicatrisée, excepté au niveau du drain.

Le côté gauche du rectum et du vagin, répondant à la tumeur, fut privé de sensibilité assez longtemps, par suite de la section des filets nerveux, innervant cette région.

L'examen histologique de la tumeur, fait au laboratoire de l'hôpital montra que l'on avait affaire à un sarcome.

Quoique l'opération ait été aussi complète que possible, la récurrence fut rapide. La vulve et la région périnéale du côté gauche, furent les premières envahies, puis les glandes vaginales, secondairement. Au bout de 6 mois, la malade mourut.

Le docteur Nassau, cita un cas rencontré il y a 3 ans, et qui fut semblable. Il y eut également une rechute très rapide amenant la mort. Le malade était un jeune homme envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'abcès ischio-rectal.

Soupçonnant une tumeur, le docteur Massan fit une incision et tomba sur une tumeur très dure, s'étendant jusqu'à la tubérosité ischiatique. Il en fit l'ablation, mais trois mois après elle s'était reformée.

Obs. 6. — GOETZ, interne des hôpitaux, *Bulletin de la Société anatomique*, 1875.

Tumeur fibro-myxomateuse de la fosse ischio-rectale.

Le 14 octobre 1875 est entré dans le service de M. le Prof^r Tillaux, à Lariboisière, un homme de 46 ans, présentant une tumeur à la fesse du côté droit. Cette tumeur a eu un développement très lent ; Il y a 20 ans que le malade s'en est aperçu, mais elle avait déjà la grosseur d'un œuf ; n'était pas douloureuse et ne le gênait en rien dans ses occupations. Cependant, en 1870, il entra à l'hôpital Saint-Antoine pour une sciatique du membre inférieur droit et le médecin traitant reconnaissait déjà par le toucher rectal, la présence d'une tumeur intrapelvienne.

Dans les 5 ou 6 mois qui ont précédé l'entrée du malade dans le service de M. Tillaux, la tumeur s'est notablement accrue ; aujourd'hui elle a le volume d'une tête de fœtus, faisant saillie sous la peau de la fesse droite, ce qui gêne le malade pour s'asseoir. En outre, depuis quelque temps, il éprouve de grandes difficultés pour aller à la garde-robe. Ses selles sont rares et rubanées ; la miction est également gênée et ne s'accomplit qu'au prix de grands efforts. Du reste, l'état général est excellent, l'appétit et les forces sont conservés. Par le toucher, l'on constate un rétrécissement considérable du rectum ; le doigt est serré entre la tumeur et le pubis et il est impossible d'en sentir les limites supérieures.

En présence des accidents certains d'obstruction intestinale, et dans un temps probablement fort court, par suite du développement rapide de cette tumeur, le Prof^r Tillaux en pratique l'abla-

tion. On reconnaît alors qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse implantée sur la face antérieure du coccyx, par un pédicule de la grosseur du doigt ; le fibrome mesure 0,26 de long sur 0,10 de large ; il a la jambe bilobée et présente deux prolongements arrondis, l'un plus considérable, extra-pelvien et qui faisait saillie sous la peau, l'autre supérieur, plus petit, contenu dans la fosse ischio-rectale. La partie intérieure étant adhérente aux parois du bassin, au muscle obturateur interne et à l'ischion ; la partie supérieure, au contraire, est lisse et se laisse énucléer facilement, ce qui fait penser qu'elle était probablement enkystée au-dessous du péritoine.

Quant à la structure de la tumeur, on peut dire que macroscopiquement, elle offre tous les caractères d'un corps fibreux ; à la coupe, on trouve un tissu dur, résistant, de couleur blanche et se présentant sous l'apparence de masses arrondies, de la grosseur de fortes noix, et absolument comparable à ce que l'on observe à l'œil nu dans les corps fibreux de l'utérus. Le lobe supérieur diffère de l'inférieur ; sa consistance est plus mobile et à la coupe on trouve un tissu gélatineux, laissant écouler un liquide filant comme du blanc d'œuf ; en un mot, le lobe supérieur pourrait avoir la structure d'un myxome.

L'examen microscopique de cette pièce a été fait par Mallassez. C'est bien en effet un fibro-myxome. Ses cavités kystiques sont remplies de liquide gélatineux. Leurs parois ne contiennent pas d'épithélium.

Obs. 7. — TILLAUX in SALLESSE, thèse de Paris, 1876.

Tumeur fibro-myxomateuse.

Eugène R..., 47 ans, antécédents héréditaires et personnels, nuls.

Il y a 20 ans, cet homme s'est aperçu pour la première fois de l'existence d'une petite grosseur à la partie postérieure de la fosse ischio-rectale droite. Cette tumeur avait le volume d'un œuf de poule. Elle a grossi lentement sans provoquer de douleur. Les

premiers troubles de la défécation, troubles pour lesquels en somme le malade demande une intervention ne remontent qu'à 4 ou 5 mois. Cet homme est vigoureux, il n'a pas maigri, ne souffre pas soit pendant le repos, soit pendant la marche : la station assise est seulement un peu gênée ; ce qui l'inquiète, c'est la grande difficulté qu'il éprouve à aller à la selle et pour uriner. Le malade placé comme pour la taille, on observe une tumeur irrégulière, bosselée, grosse comme une tête de fœtus à terme, qui remplit la fosse ischio-rectale et soulève la peau. Celle-ci a sa coloration normale, n'est pas sillonnée de veines et glisse aisément sur les parties profondes. La consistance de la tumeur n'est pas la même partout ; dure en certains points, elle est élastique dans d'autres.

La palpation confirme l'existence des bosselures déjà relevées par la simple inspection. Mobile à sa partie inférieure, la tumeur semble adhérer dans la profondeur, soit au coccyx, soit au sommet du sacrum. Le toucher rectal vérifie ces données et les complète ; il apprend que la tumeur a un prolongement intrapelvien dont on ne peut avec le doigt atteindre la limite supérieure. Le doigt se trouve étroitement serré ; il sent sur la paroi postérieure du rectum, une saillie longitudinale, sur les côtés de laquelle il reconnaît deux gouttières. Le rectum est refoulé en haut et en avant, aplati contre le pubis : la vessie elle-même est comprimée.

L'état général étant très bon, la lenteur du développement de la tumeur permettant de rejeter l'idée de tumeur maligne. M. le professeur Tillaux se propose, après avoir mis la tumeur à nu et sectionné son pédicule, de l'extirper.

Opération le 10 novembre. En procédant par décollement avec le doigt, l'opérateur, arrive sur le pédicule qui s'insère sur le coccyx, coupe ce pédicule, attire en bas la tumeur dont la portion pelvienne finit par s'énucléer. Cette dernière n'avait pas d'adhérences avec les parties environnantes. Le vide laissé par la tumeur affectait la forme d'un sablier dont le collet correspondait au point d'implantation du pédicule. Perte de sang insignifiante.

Examen de la tumeur : Ressemblance grossière comme volume et forme avec un petit fœtus dont le cordon serait remplacé par le pédicule. Sur une section on aperçoit une surface blanchâtre, infil-

trée en certains points d'une matière gluante ; on y trouve comme des noyaux durs qu'il est possible d'énucléer. Certaines parties sont plus molles, analogues à du myxome. En résumé, le point de départ a été probablement le coccyx ; de là la tumeur a poussé un prolongement qui a rempli la fosse ischio-rectale, sans produire aucun accident, puis longtemps après, un autre polongement intrapelvien qui a comprimé le rectum et la vessie. Le 22 décembre, le malade sort de l'hôpital, guéri.

Obs. 8. — H. MORESTIN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1902.

Myxome sacro-coccygien.

Germain W., américaine, âgée de 49 ans, est entrée le 21 juillet 1902 à la maison Dubois pour une tumeur occupant la partie supérieure et interne de la fesse gauche. Constatée pour la première fois, au mois de novembre 1901, cette tumeur a augmenté assez rapidement et maintenant devient gênante, très légèrement pendant la marche, notablement quand il convient de s'asseoir. Mais c'est une simple gêne ; la jeune malade n'a jamais éprouvé aucune douleur à proprement parler. Il n'y a, d'autre part, ni difficulté, ni trouble de la défécation. La déformation est cependant très visible. La tumeur occupe tout le bord interne de la fesse gauche entre l'anus et la base du coccyx.

Elle repousse vers la droite le sillon interfessier qui prend ainsi une direction curviligne. Le relief formé par le soulèvement des téguments, d'ailleurs parfaitement normaux, est comparable à la moitié d'une orange. La palpation montre que cette masse est plus volumineuse qu'on ne pourrait le supposer, d'après la seule apparence extérieure. Elle paraît superficielle, mais sans adhérence à la peau, demi-molle, arrondie. On ne reconnaît pas de bosselures par la palpation qui donne l'impression d'une tumeur sphérique très bien limitée, peu mobile. Cette mobilité restreinte nous engage à rechercher avec soin s'il n'y a pas quelque adhérence profonde. Le néoplasme semble, en effet, tenir plus ou moins indirectement au coccyx, mais on ne saurait dire s'il existe réellement un

pédicule propre à la tumeur, allant au squelette ou si ce sont les tractus de l'appareil supérieur du pli interfessier englobés dans le néophasme ou en contact immédiat avec lui qui limite ses déplacements. Le toucher rectal est négatif ; la masse est située en arrière ou au-dessous du coccyx. Elle couvre le bord interne du grand fessier et occupe une partie de la fosse ischio-rectale gauche. Son siège est en somme unilatéral et si elle dépasse le plan médian, elle n'envahit pas la fesse droite, mais refoule vers la droite le pli interfessier qui persiste.

Il n'y a pas de fluctuation nette. Aussi est-il permis d'hésiter sur la nature solide ou liquide de la tumeur.

C'est pourquoi on a fait en ville à deux reprises des ponctions exploratrices qui n'ont fourni aucun résultat.

En dépit de son siège dans la fesse et la région ischio-rectale, cette production nous paraît devoir immédiatement rentrer dans le groupe des néoplasmes sacro-coccygiens et malgré son apparition tardive, on ne pourrait guère élever d'objections contre l'origine congénitale que l'on était tenté de lui attribuer. Un détail important méritait d'être relevé à cet égard dans les antécédents. La malade avait été, dans la première enfance, traitée pour un double pied-bot.

S'agissait-il d'un simple kyste ? D'un fibro-lipome ou d'une tumeur plus complexe, contenant des tissus multiples ou des formations tératoïdes. Je n'osai aller plus avant dans cette discussion du diagnostic et opérai la malade le 23 juillet. Je fis dans le sillon interfessier une incision de 6 centimètres, suivant bien exactement le fond de ce sillon. L'extraction terminée, cette incision devait être rectiligne, mais au début de l'opération, elle était courbe comme le sillon lui-même dévié vers la droite. L'incision découvrit le bord interne de la tumeur.

Je fis récliner la lèvre gauche de cette incision, libérai la peau et commençai à isoler la masse.

Elle était multilobée, bien qu'à l'exploration elle parût former une masse unique et sphérique. Mais ces divers lobes étaient agglomérés, pressés les uns contre les autres et emprisonnés dans les alvéoles faites de minces lames conjonctives, d'où il fallait les

extraire successivement. Leur mollesse était telle que chaque bosselure semblait un kyste dont la paroi fragile dût céder au moindre contact.

Je n'aurais jamais pu réussir à extraire la masse totale par cette incision qui n'en découvrait qu'une petite étendue, si je ne m'étais attaché à placer des pincés et à exercer mes tractions exclusivement sur les cloisons celluleuses interlobaires qui fournissaient des prises assez résistantes. Le ligament suspenseur du pli interfessier avait été dedoublé et son feuillet gauche incorporé dans le néoplasme. Quand l'ablation de ce dernier est terminée, le feuillet droit était préparé comme pour une démonstration anatomique, Un pédicule fibreux émané de la tumeur venait s'insérer à la lame fibreuse qui ferme l'hiatus sacro-coccygien. La pointe du coccyx semblait plus incurvée et relevée en avant qu'à l'ordinaire. L'opérée a quitté la maison de santé le 15^e jour.

Sa cicatrice linéaire et profondément cachée dans le sillon interfessier, redevenu médian entre les fesses symétriques, est exactement invisible. Pendant les premiers jours, Germaine W. éprouvait en s'asseyant une sorte de tiraillement désagréable au niveau de sa cicatrice, mais ce léger ennui a disparu totalement en moins d'une quinzaine. Elle a repris la vie normale et sa guérison se maintient encore parfaite. La tumeur enlevée était comparable à une grappe de raisin dont chaque lobe eût été un grain. Les lobes présentaient des colorations différentes plus ou moins foncées, rose, ambrée, vineuse, noirâtre. Leur section montrait une substance demi-molle, visqueuse, contenue dans une enveloppe très mince.

En aucun point, il n'y avait de kyste. Tous ces lobes, de volume très inégal, avaient d'ailleurs un aspect analogue, à part les nuances de coloration. Le pédicule était seulement cellulo-fibreux. M. Cornil a bien voulu faire l'examen microscopique de la pièce. « C'est, dit-il, un myxome typique ; les coupes montrent des faisceaux assez rares de tissu conjonctif et des vaisseaux capillaires à parois assez épaisses, doublées qu'elles sont par du tissu fibreux.

Entre les capillaires, il y a de nombreuses cellules conjonctives anastomosées les unes avec les autres, étoilées à gros noyau ovoïde.

Le protoplasma de ces cellules présente souvent au niveau de l'extrémité du noyau, deux granules colorées en noir par l'acide osmique.

Enfin, il existe quelques lobules adipeux disséminés dans le tissu myxomateux. Pas de nerfs dans les coupes examinées.

Obs. 9 (Résumée). — SCHWARTZ, *Bullet. de la Société de Chirurgie*, 1893.

Sarcome des glandes de Cowper ayant envahi les creux ischio-rectaux.

Il s'agit d'un garçon de 16 ans, chez qui la tumeur s'était développée en deux mois ; elle avait envahi les creux ischio-rectaux et le bulbe de l'urèthre.

Obs. 10. — *Myxome périrectal opéré par HULK.*

Medical Times and Gazette, London (Traduction).

Un journalier âgé de 40 ans, a été admis dans la salle Handell, dans le service de Hulk ; souffrant d'une affection qui siégeait au périnée et dans la fosse ischio-rectale droite. La surface de cette région, qui n'était envahie que sur une petite étendue, présentait en son milieu une nodosité très dure avec un petit orifice. Le reste de la région n'était ni proéminent, ni déprimé.

La peau incisée, on tombait sur une vaste cavité remplie d'une substance gélatineuse, substance qui, si on la comprimait, reflue dans le bassin. Elle ressemblait à de la colle, et on la retirait du bassin sous la forme d'un feutrage gluant qui s'étirait en longs filaments.

Cette formation histologique, était contenue, avons-nous dit, dans une cavité ronde, d'environ deux fois la grosseur d'un œuf, ou plutôt il y avait plusieurs cavités en forme de fuseau, de grandeur à peu près égale, et se ramifiant en conduits irréguliers.

On apercevait aussi des vaisseaux sanguins, d'où s'échappaient des corpuscules rougeâtres.

Hulk introduisit une sonde à travers l'ouverture de la plaie et buta à une certaine distance contre un obstacle constitué par une grande quantité de ce tissu gélatiniforme. Celui-ci entourait le rectum comme un collier, resserrant sa partie inférieure.

En pratiquant le toucher avec l'index, on pénétrait difficilement à travers l'anus dans le bassin. La muqueuse du rectum était très unie, molle, souple, libre, sa texture n'ayant pas été envahie par les végétations du mal ; la tumeur en effet n'avait pas empiété sur la cavité du rectum.

Le patient entra à cette date de sa maladie à l'hôpital, pour se faire opérer, disait-il, une fistule à l'anus ; cette fistule n'était autre que l'ouverture à la peau, de la tumeur. De plus il allait très difficilement à la selle, ce qui lui occasionnait des troubles intestinaux.

Onze ans après l'opération, il s'est formé une tumeur semblable à la précédente vers le sillon interfessier. Elle devient une gêne pour le passage des selles, ce qui amène de la flatulence et de la constipation. L'état du malade non seulement n'était pas amélioré, mais le mal avait au contraire empiré.

Il dit n'avoir jamais eu la syphilis et en effet aucun signe visible de cette maladie ne permet d'en faire le diagnostic.

Les rapports qu'affectait cette tumeur avec les parties voisines et ses prolongements, n'ont pu être détruits ni par une opération, ni par les caustiques, et peu de temps après son séjour à l'hôpital, le patient mourait.

Obs. 11 (Personnelle). — Recueillie dans le service de
M. le Dr LE BEC, à Saint-Joseph.

Fibro-myxome de la fosse ischio-rectale.

M^{me} V..., 34 ans, marchande de vins à Malakoff.

Son père est mort d'une affection cardiaque à 66 ans. Sa mère est morte d'un cancer à 32 ans.

Ils étaient trois enfants, tous bien portants.

La malade a été réglée à 12 ans. Ses règles sont très irrégulières et parfois elle a des pertes extrêmement abondantes.

Elle a eu trois enfants :

Le 1^{er} à 18 ans, l'accouchement a été normal. L'enfant est mort à 16 mois de méningite ;

Le 2^e à 20 ans, venu par le siège ;

Le 3^e à 30 ans, accouchement normal.

Comme antécédents personnels, la malade a eu un prolapsus utérin et une métrite à la suite de son 2^e accouchement. A 30 ans, elle a eu une fièvre typhoïde.

En août 1907, elle constata l'apparition d'une grosseur, ressemblant à un furoncle, siégeant au niveau de la partie latérale gauche de l'anus, de coloration rouge, violacée, douloureuse à la pression, augmentant par la station debout, pour atteindre le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur se réduit dans la position couchée. Dans la position debout, elle provoque des douleurs irradiées dans le pli de l'aine, du côté gauche.

Aux mois de septembre et octobre, la malade souffre de douleurs sciatiques bilatérales. On lui met des pointes de feu et elle garde le lit pendant ces deux mois.

Elle est habituellement constipée, mais ne présente pas de troubles vésicaux.

Le 24 avril 1908, elle entre à l'hôpital Saint-Joseph pour se faire opérer de cette tumeur située à la partie latérale de l'anus.

Etat général satisfaisant.

L'examen local montre que la fosse ischio-rectale gauche, bombe ; la peau soulevée par la tumeur présente un changement de coloration.

A la palpation, on perçoit une tumeur molle en certains points, plus dure en d'autres endroits, diminuant sous la pression, sans qu'elle soit totalement réductible.

La pression n'est pas douloureuse.

La percussion ne donne qu'un son mat.

Le toucher rectal ne révèle rien.

Au contraire, par le toucher vaginal, on sent la tumeur dans l'épaisseur et à la partie postérieure de la grande lèvre gauche.

Mais en aucun point on ne relève la présence d'un pédicule allant vers l'un des orifices du bassin et pouvant faire songer à une hernie rare.

On porte le diagnostic de kyste ou plutôt de myxome de la fosse ischio rectale.

L'opération est pratiquée le 27 par M. le Dr Le Bec qui fit une incision longitudinale et latérale. On tombe sur une tumeur, de coloration grisâtre, d'apparence myxomateuse.

La tumeur siège très près de la paroi du rectum qui doit être disséqué. Elle se prolonge en haut et en avant par un pédicule passant par un orifice, situé entre la branche ischio-pubienne, et un repli-ligamenteux à bords divers, qui devait être un des faisceaux accessoires de la membrane obturatrice. Ce faisceau accessoire en effet forme avec l'angle ischio-pubien un orifice comblé à l'état normal par des pelotons adipeux.

Il existe une vaste cavité qui est drainée à l'aide d'un drain passant par l'orifice décrit et fixé à l'aide d'un catgut de profondeur.

Suture de la peau. Les suites opératoires ont été normales.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. le Dr Lorrain. Il a montré que cette tumeur du volume d'un œuf de poule et d'un aspect gélatiniforme, tremblotant, était constituée par du tissu conjonctif assez lâche, dont les éléments étaient écartés les uns des autres par de la substance muqueuse. Les faisceaux conjonctifs se laissent facilement colorer par le carmin.

Le tissu muqueux présente de grandes cellules pâles, fusiformes anastomosées par de nombreux prolongements. Enfin on y voit en plus un réseau de vaisseaux capillaires, à larges mailles.

La malade, revue trois mois après, ne présentait pas de récurrence.

Obs. 12 (Personnelle). — Service du Dr LE BEC, Hôpital Saint-Joseph.

Myxome de la fosse ischio-rectale gauche, remontant jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

K. . , Louise, âgée de 46 ans, célibataire, réglée à 13 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels. A remarqué en décembre

1906 qu'une petite masse s'était développée sur le côté gauche de l'anus. Cette tumeur avait à ce moment le volume d'une noix. Aucune douleur, ni aucun signe quelconque n'avait marqué son apparition.

Trois mois après, la tumeur s'étant accrue au point d'avoir la grosseur d'une mandarine, et la malade ayant quelques difficultés pour aller à la selle, elle vient consulter à l'hôpital et entre dans le service du Dr Le Bec. En pratiquant le toucher rectal, on sent une masse située dans la fosse ischio-rectale gauche, l'occupant toute entière et refoulant la paroi latérale du rectum dont la lumière est rétrécie. Le toucher vaginal permet de constater que cette masse, de consistance molle, remonte jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Même opération que dans le cas précédent, en disséquant la paroi du rectum, mais on ne trouve pas de pédicule.

La tumeur, examinée au point de vue histologique, avait une structure identique à celle décrite dans notre observation XI. C'était du myxome.

CONCLUSIONS

La fosse ischio-rectale peut être envahie par des tumeurs développées aux dépens des parois qui la limitent ou du tissu qui comble son interstice, ou par des masses néoplasiques venant du voisinage, sacrum, coccyx, pubis, etc...

Ces tumeurs sont congénitales ou acquises et offrent au point de vue anatomo-pathologique une assez grande variété où l'on retrouve les caractères macroscopiques et microscopiques des lipomes, des fibromes, des sarcomes, des myxomes et des fibro-myxomes.

Elles se caractérisent par une évolution lente et un développement assez considérable, occasionnant des phénomènes de compression, mais ne s'accompagnant jamais de douleurs, ni de retentissement sur l'état général.

On devra en faire le diagnostic avec les tumeurs des autres parties du périnée, tumeurs solides, kystiques ou tératomes, et rechercher tout d'abord si elles sont congénitales ou acquises, ensuite quelle est leur nature. Ce dernier point élucidé permettra de dire si l'on doit craindre une récurrence.

Au point de vue traitement, il faut pratiquer l'extirpation complète en respectant autant que possible le sphincter externe de l'anus.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bardou. *Lipome du périnée*, thèse de Paris, 1899.
- Broca. *Traité des tumeurs*, t. II.
- Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*.
- Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie*, t. VIII.
- Dejerine et Hugonnau. *Bulletin de la Société anatomique*, 1876.
- Edwards. Removal of sarcoma from ischio-rectal fossa. *The medical press and circular*, London, 1900.
- Eresy. Sarcoma originating in the ischio-rectal fossa. *Annals of surgery*. Philadelphie, 1907, XIV.
- Forgue. Affection des glandes de Cowper. *Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS*, t. VII.
- Gœtz. Fibro-myxome de la fosse ischio-rectale. *Bull. de la Soc. anatom.*, 1875.
- Hulk. Case of perirectal myxome. *Medical Times and Gazette*. London, 1870.
- Judas. Thèse de Paris, 1884.
- Ledentu et Delbet. *Traité de chirurgie*.
- Lejars. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1897.
— Note sur les kystes congénitaux. *Gazette hebdomadaire*, 1875.
- Lataste. *Bulletin de la Société anatomique*, 1879.
- Lannelongue. *Traité des kystes congénitaux*.
- Lachaud. Thèse Paris, 1883.
- Mermet. Les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal. *Revue de chirurgie*, 1835.
- Nicaise. *Revue mensuelle*, 1828.
- Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, t. II.

Sallesse. Thèse de Paris, 1876.

Schwartz. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893.

Testut et Jacob. *Anatomie*, t. II.

Tillaux. *Annales de la Société de chirurgie*, 1875.

Villeneuve. *Marseille médical*, 1890.

Virchow. *Pathologie des tumeurs*.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Le Président de la Thèse,
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
Etiologie et pathogénie.....	7
Anatomie.....	10
Anatomie pathologique.....	12
Symptomatologie.....	19
Marche. Durée. Évolution.....	25
Diagnostic.....	26
Pronostic et traitement.....	36
OBSERVATIONS.....	39
CONCLUSIONS.....	57
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	58



Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués

SAINT-BRIEUC. — Typ. F. GUYON — (1296-5-9).

